

SŁOWO TEŻ JEST LEKIEM, CZYLI O KOMUNIKACJI LEKARZA Z PACJENTEM

MAŁGORZATA MAJEWSKA

Uniwersytet Jagielloński

Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej

ABSTRACT

Words can cure. Why the quality of communication betw doctors and patients is important?

Effective doctor-patient communiacion plays very important part in health care. A doctor's communication and interpersonal skills encompass the ability to gather information in order to facilitate accurate diagnosis, counsel appropriately, give therapeutic instructions, and establish caring relationships with patients. There are many barriers to good communication in the doctor-patient relationship, including social needs of keeping personal distance and the tendency to shorten it.

Key words: verbal communication, cognitive linguistics, proxemic, doctor-patient relations

Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie paradoksalności relacji lekarza z pacjentem, polegającej na tym, że równocześnie, w jednym zdarzeniu komunikacyjnym, dochodzi do uruchamiania mechanizmów z dwóch typów relacji społecznych: związanych z potrzebą zachowania dystansu i z potrzebą skrócenia tego dystansu poprzez uruchomienie domeny intymnej pacjenta.

✉ Adres do korespondencji: Uniwersytet Jagielloński, Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej, ul. Prof. St. Łojasiewicza 4, 30-348 Kraków

Lekarz w trakcie wizyty lekarskiej występuje w swojej roli społecznej, często jest to jego jedyny kontakt z chorym i z racji relacji zawodowych obowiązuje go postępowanie związane z potrzebą zachowania dystansu i niezależności. Jednocześnie sam akt badania i rozmowy o fizjologicznym aspekcie życia człowieka dotyczy niezwykle prywatnych, intymnych wręcz aspektów życia i z tej przyczyny uruchamia schematy zachowań obowiązujące w przestrzeni prywatnej.

Nakładanie schematów konwersacyjnych oraz zachowań niewerbalnych z obu tych obszarów powoduje – w przekonaniu autorki – liczne nieporozumienia. Szczególnie, że z punktu widzenia lekarza, mającego dziennie kilku, kilkunastu pacjentów, percepcja kolejnej osoby często ma charakter statystyczny: lekarz bada kolejnego pacjenta. Natomiast z perspektywy pacjenta, dla którego diagnoza lekarska wiąże się z emocjami: lękiem, niepokojem, strachem, a poza tym dotyczy spraw niezwykle intymnych, rozmowa z lekarzem ma charakter jednostkowy i osobisty.

Ta dwojakość perspektywy połączona z próbą zrozumienia dynamiki całej relacji może ulepszyć komunikację między rozmówcami, a w rezultacie usprawnić proces leczenia. Osoba świadoma tych mechanizmów może bowiem tak poprowadzić rozmowę, by równocześnie zachować dystans, ale też dać pacjentowi poczucie ważności i podmiotowości, czyli zadbać o jego społeczny wizerunek, o to, by „twarz” pacjenta została zachowana. W rezultacie rozmowa może ułatwić, a nie utrudnić proces leczenia.

Temat ten jest niezwykle obszerny i ma interdyscyplinarny charakter, stąd zasadne wydaje się jego omówienie z dwóch perspektyw: psychologicznej i językoznawczej.

I

Lekarz jest przede wszystkim od leczenia: od stawiania diagnozy; obserwowania chorego i nadzorowania przebiegu leczenia; od wybrania z całego repertuaru leków tych najwłaściwszych, które mają pomóc konkretnemu Kowalskiemu, cierpiącemu na konkretne schorzenie. Ale leki plus choroba to jeszcze nie leczenie. Wówczas bowiem zamiast lekarza w gabinecie mógłby znajdować się automat, do którego chory wpisywałby nazwę schorzenia, a ten natychmiast drukowałby mu listę leków. Stawiając diagnozę, lekarz, oprócz rozpoznania samej choroby, musi wziąć pod uwagę liczne indywidualne cechy danego pacjenta: wiek, przebyte schorzenia, stan fizyczny, ale też stan psychiczny, otwartość na współpracę, umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Wskaźników do rozpoznawania typu pacjenta czy oceny jego stanu psychicznego dostarcza lekarzowi psychologia, podpowiadając także kategorie, w jakich może on dokonać owej oceny. Żaden psycholog nie jest jednak w stanie podpowiedzieć gotowych rozwiązań, gwarantujących powodzenie w każdej sytuacji; może jedynie wskazać opis pewnych cech czy zachowań, jakby dostarczyć czegoś w rodzaju skrzynki

z narzędziami. O doborze samego narzędzia w każdym konkretnym przypadku decyduje sam lekarz.

Gdy już wiedza medyczna lekarza przybierze postać konkretnej diagnozy, na scenę wkracza język. Lekarz, wybrawszy – jego zdaniem – optymalne narzędzia i sposoby leczenia, musi o nich za pomocą odpowiednich narzędzi językowych poinformować pacjenta. Każdą informację można przekazać w różny sposób. Codziennie dokonujemy setek tego typu wyborów. Cokolwiek mówimy, intuicyjnie wybieramy najodpowiedniejsze – naszym zdaniem – środki. Problem polega jednak na tym, że w przypadku relacji pacjent–lekarz dobór słów ma o wiele większe znaczenie niż w większości innych sytuacji komunikacyjnych.

Język jest jednym z kilku narzędzi komunikacji: komunikujemy również gestami czy mimiką. Ale niewątpliwie to język jest narzędziem najważniejszym, gdyż najprecyzyjniej i najwierniej odzwierciedla rzeczywistość, a zarazem najskuteczniej ją stwarza. Najpełniej pozwala zarówno wyrazić własne emocje, obawy, lęki, jak też schować się za parawanem obojętności. Jest więc nieuniknionym elementem obecnym w relacji lekarz–pacjent. Na słowach wypowiedzianych przez personel medyczny chorzy częstokroć opierają swoją wiarę: „Powiedział, żebym nie tracił nadziei, że jestem silny chłop. To znaczy, że on tę nadzieję ma. To tylko ja wątpię”. Albo też przez te słowa tracą wiarę: „Mówił, żebyśmy mieli nadzieję, że mój organizm pójdzie na tę dawkę chemii. Cholera, jeśli on w to nie wierzy, to po co mi leczenie zapisuje?”¹. Słowa zostają w pamięci. Gest, poklepanie po ramieniu też. Uściśnięcie dłoni chorego może dodać mu otuchy. Jednak to słowami lekarz przekazuje merytoryczne informacje o leczeniu, rokowaniach, zagrożeniach. Dlatego dobór środków językowych ma tak kolosalne znaczenie.

Jak podkreśla językoznawstwo kognitywne, język odzwierciedla nasz sposób postrzegania świata i własnej w nim roli. Ukazuje – a może zdradza – nasze widzenie drugiego człowieka. Czy traktujemy go jak równego sobie partnera: „Jak się Pan dziś czuje?”, czy jako pozbawiony głosu przedmiot: „Niech się rozbierze i niech pokaże, gdzie boli”. Częstokroć dobra intencja stojąca za konkretną wypowiedzią rozmija się z rzeczywistym jej odbiorem. Tak się stało, kiedy lekarz, zapewne chcąc zmniejszyć dystans i zbudować poczucie wspólnoty z pacjentem, zapytał chorego na raka: „Jak się dziś czujemy?”. Chory poczuł się protekcyjnie potraktowany i oburzony odpowiedział: „Nie wiem, jak pan się czuje. Ja do kitu. No, ale ja jestem chory”.

Problem tkwi w typie kategorii, w której mówiący umieszcza pojęcia chorego i jego choroby. I tak, w umyśle lekarza kategoria choroby zasadza się na przedmiotowo-statystycznym fundamencie. Poszczególne przypadki chorób przyporządkowuje on konkretnej terapii i zestawia pod kątem częstotliwości występowania. Dlatego pewna pielęgniarka, telefonując do dyżurki lekarskiej, zapytała: „Czy dr Xski coś teraz operuje? Bo pacjentka czeka”. Dr Xski operował **coś**,

¹ Wszelkie wypowiedzi pacjentów, przytaczane w niniejszym artykule, pochodzą z niepublikowanego materiału badawczego, badania własne dr M. Majewskiej.

jakiś kolejny przypadek zapalenia wyrostka czy guza piersi. I oczywiste jest, że w jego kategorii choroby ważny jest ów guzek, a nie fakt, że ma go Kowalska. Z tego samego powodu ów lekarz, podchodząc do innego pacjenta, zapytał: „Co my tu mamy?”, oczekując w odpowiedzi konkretnej diagnozy: „Mamy zapalenie nerek”. Zrozumiałe jest, że gdyby personel medyczny patrzył na każdą Kowalską z pełną empatią i operując ją, cały czas pamiętał, że jest to zapewne czyjaś żona czy matka, po pewnym czasie nie mógłby wykonywać swojego zawodu. Lekarz nie może bowiem w pełni autentycznie współodczuwać ze wszystkimi pacjentami i ich rodzinami.

Ale zobaczymy, jak postrzeganie choroby się zmieni, gdy konkretny przypadek będzie dotyczyć, na przykład, żony lekarza. Wówczas owa kategoria zapewne poszerzy się o emocjonalno-podmiotowe elementy. Już nie będzie to kolejny operowany dzisiaj guz, ale podejrzenie nowotworu u Krysi. I na pewno po zabiegu lekarz nie powie ich wspólnym dzieciom: „Dzisiaj przez dwie godziny usuwałem guza piersi”, ale raczej: „Operowałem mamę. Wszystko wskazuje na to, że będzie zdrowa”. Na pierwszym planie zapewne umieści Krysię, a nie kolejny przypadek, którym zajmował się na stole operacyjnym.

Punkt widzenia pacjenta wygląda zupełnie inaczej niż punkt widzenia lekarza. Jest zawsze podmiotowo-emocjonalny. Najważniejsza jest osoba, która cierpi, boi się cierpienia i śmierci oraz czeka na życzliwe słowo. Poza tym pacjent chce ufać, wierzyć w to, co mówi lekarz, choć przecież boi się usłyszeć brutalnie podaną prawdę.

A zatem perspektywa lekarza i perspektywa pacjenta zupełnie do siebie nie przystają. I nie dlatego, że każdy mówi innym językiem, ale dlatego, że ów inny język odzwierciedla inny sposób postrzegania danej sytuacji. I stąd tak wiele gorzkich słów pod adresem lekarzy. Pacjenci zarzucają im, że czują się traktowani przedmiotowo, choćby wtedy, gdy lekarz przy nich mówi do pielęgniarki: „Proszę przygotować salę. Nadżerka do zoperowania”. Twierdzą, że czują się „upu-piani”, traktowani jak dzieci. Drażni ich powszechne używanie zdrobnień: „Pora iść spać do łóżeczka... jeszcze tylko tableteczka i nowa kroplóweczka” itd., form familiarnych typu: „babciu/dziadku”, czy brzmiących nieszczerze pieszczotliwych zwrotów: „serduszek, słoneczko, kochanieńki”. Przykłady można mnożyć.

Zdarzają się lekarze, którzy wyraźnie wskazują na prymat swoich działań medycznych, deprecjonując aspekt komunikacyjny. Na argument o potrzebie zmiany swojego języka częstokroć pojawia się jednoznaczna reakcja: „Proszę pani, ja jestem od leczenia, nie od gadania”. Ale jest też spora grupa lekarzy, którzy sami dostrzegają potrzebę pracy nad własnym językiem. Mówią o poczuciu bezsilności, o braku słów, o tym, jak trudno jest przekazywać niektóre informacje: „Tu umiera ukochany ojciec. Ja już wiem, że pacjent odchodzi. I co? Mam im wtedy proponować, by oddali jego nerki do przeszczepu?”.

Pojawia się więc pytanie o to, jakie słowa zawierają w sobie pozytywny, w miarę możliwości, przekaz, np. dają choremu pocieszenie czy nadzieję, nawet w sytuacji, gdy medyczne rokowania są złe. Lekarz zawsze balansuje pomiędzy

dwoma punktami granicznymi: z jednej strony ma obowiązek rzetelnie poinformować pacjenta o jego stanie zdrowia, z drugiej zaś tak to przekazać, by nie doprowadzić do załamania psychicznego. Rzecz w tym, że rozmowa z pacjentem, a szczególnie z pacjentem onkologicznym, nie poddaje się żadnym ogólnym kryteriom. Nie ma jednoznacznych rozwiązań. Bo cierpienie – czy tego chcemy, czy nie – jest obnażeniem duchowym, odsłonięciem najintymniejszej części samego siebie. Dlatego relacja lekarza z pacjentem musi przerodzić się w spotkanie człowieka z drugim człowiekiem. I w tym spotkaniu czasem potrzeba wielu słów, a czasem – tylko uściśnięcia dłoni czy wspólnego pomilczenia. To sytuacja bardzo indywidualna i wymagająca od lekarza uwrażliwienia na sygnały werbalne i niewerbalne, wysyłane przez pacjenta. Tylko by tę odpowiedź usłyszeć, trzeba być uważnym na drugiego człowieka. I dopasować strategię konwersacyjną do konkretnej sytuacji.

Co więc może zrobić lekarz? Może stać się bardziej świadomy siebie, swojego języka, gestu. Umiejętność rozmowy związana jest ze świadomością językową – ta zaś oznacza, że lekarz potrafi w pewnym stopniu przewidzieć perlokucyjne skutki swoich wypowiedzi. Paradoksalnie więc właściwy sposób rozmowy z pacjentem, uwzględniający obie kategorie, daje lekarzowi komfort pracy, gdyż tworzy przestrzeń do rzeczywistego działania medycznego. W konsekwencji ułatwia mu pracę, a nie komplikuje.

W triadzie: medycyna – psychologia – język rola tych dwóch ostatnich polega właśnie na dostarczeniu owych „skrzynek narzędziowych”, z których narzędzia – podobnie jak leki w lekospisie – mają określony potencjał działania. Ten sam lek dla jednego pacjenta będzie miał moc uzdrawiania, a dla drugiego – okaże się trucizną. Lekarz za każdym razem indywidualnie dobiera narzędzia, ale niezwykle istotne jest, by czynił to, w miarę możliwości, mając na uwadze nie tylko działanie samych leków, lecz także własnych zachowań i wypowiedzianych słów. W poniższym tekście postaram się przedstawić wybrane teorie z zakresu psychologii i językoznawstwa kognitywnego, które w mojej opinii pozwalają zadbać o to, by obustronna komunikacja przynosiła jak najlepsze skutki.

O specyfice kontaktu lekarz–pacjent

Relacja lekarz–pacjent jest dosyć specyficznym typem relacji, gdyż ma dwupoziomowy charakter. Z jednej strony cechuje ją silna asymetria: to lekarz podejmuje decyzje i bierze za nie pełną odpowiedzialność, a konsekwencje tych decyzji mogą być w ostateczności rozpatrywane na drodze sądowej. Jest to relacja formalna, a więc związana z dużym dystansem społecznym. Lekarz w większości sytuacji spotyka się z pacjentem na neutralnym gruncie gabinetu, szpitala, a w przypadku wizyt domowych – na terenie prywatnym pacjenta. Jest ubrany w fartuch. Zatem nawet tak dyskretne elementy jego prywatności, jak strój, pozostają ukryte. Dodatkowym elementem są uwarunkowania społeczne, a więc fakt,

że lekarz jest zawodem zaufania społecznego i w wielu środowiskach cieszy się wysokim prestiżem. Warto dodać, że pojawiają się negatywnie stereotypizowane opinie o lekarzach, w badaniach CBOS jednak (listopad 2013, s. 4) lekarz lokuje się na ósmym miejscu deklaracji poważania społecznego.

Ale jego relacja z pacjentem jest determinowana też innym poziomem, mianowicie przedmiot rozmowy jest głęboko osadzony z domeną intymności tego drugiego. Zarówno na poziomie fizycznym, wszak pacjent musi obnażyć się fizycznie, czasem pozwolić na dotyk w miejscach intymnych, jak i psychicznie: lekarz może zapytać o niezwykle intymne szczegóły, dotyczące np. życia seksualnego czy szczegółów fizjologicznych. Pacjenci poprzez dzielenie się informacjami trudnymi dla nich, często wstydliwymi i bardzo osobistymi, okazują lekarzom swoje zaufanie (por. Finkel 2008). Zatem w trakcie jednego zdarzenia komunikacyjnego uruchamiane są mechanizmy zarówno z domeny zachowań formalnych, a więc publicznej, jak i prywatnych. Pociąga to za sobą pewne konsekwencje, których lekarz musi być świadomy.

Jak to pokazała Deborah Tannen (2005, s. 17–22), relacje społeczne determinowane są przez reguły wzajemnego porozumienia się (ang. *rules of rapport*), czyli wzorce społecznego kontaktu. Wybór tej czy innej strategii regulowany jest przede wszystkim przez trzy elementy. Po pierwsze, przez stopień społecznej więzi, następnie stopień zażyłości między uczestnikami interakcji oraz zwyczaj kulturowy. Im większy dystans społeczny między rozmówcami, tym większa potrzeba zachowania niezależności. W sytuacji formalnej obowiązują reguły określone mianem **rezerwy**. Reguły proponowane przez Deborah Tannen stanowią przejrzystą ramę do pokazania, że strategie komunikacyjne używane przez lekarzy mają na celu zachowanie poczucia niezależności, te zaś stosowane przez pacjentów, z racji skrócenia dystansu, mają na celu potrzebę integracji. Na gruncie polskiej teorii Deborah Tannen doprecyzowuje Jolanta Antas. Definiuje ją jako zastosowanie takich strategii uprzejmościowych zachowań, które będą zmierzać do zapewnienia partnerowi dialogu komfortu psychicznego, związanego z jego potrzebą zachowania niezależności (Antas 2008, s. 136). Gdy dystans między rozmówcami się zmniejsza, uruchamiane są strategie określone jako **względy**, które są kategorią pośrednią między rezerwą a towarzyskością. Polegają one na zapewnieniu partnerowi komfortu, sygnalizując uległość wobec jego propozycji, otwarcie się na nie. W sytuacji maksymalnego zmniejszenia dystansu, jak to ma czasem miejsce ze strony pacjenta, uruchamiane są strategie związane z potrzebą **towarzyskości**. Są to takie strategie zachowań uprzejmościowych, które zmierzają do zapewnienia partnerowi dialogu komfortu psychicznego, związanego z jego potrzebą integracji („włączenia w akcję”) (Antas 2008, s. 136).

Jest to kwestia niezwykle istotna, gdyż potrzeba zarządzania własną prywatnością jest jedną z najważniejszych potrzeb człowieka, jak wskazuje w klasycznym już dziś dziele „Ukryty wymiar” Edward Hall (2009).

Człowiek jest zwierzęciem. A jak pokazują badania proksemiczne (Hall 2009, s. 163), wszystkie ssaki i ptaki nie tylko posiadają swoje własne terytoria, które

zajmują i których bronią przed osobnikami własnego gatunku, lecz także wykształciły szereg zuniformizowanych dystansów, które utrzymują między sobą. Prawo do własnej przestrzeni jest niezbędne do ich zdrowego rozwoju i przetrwania.

Człowiek, mimo że stworzył bardzo zaawansowaną technologicznie cywilizację, zachował wiele ze swoich pierwotnych potrzeb. Nadal jest ssakiem, należy do naczelnych i wiele jego zachowań motywowanych jest nie racjonalnym myśleniem, ale pierwotnymi instynktami. Ma potrzebę własnej przestrzeni, nad którą posiada kontrolę i do której nikt – bez jego zgody – nie powinien mieć wstępu.

W przypadku zwierząt potrzeba przestrzeni ogranicza się do fizycznego obszaru. Natomiast człowiek – co kapitalnie pokazuje antropolog Weston La Barre (Hall 2009, s. 12) – przeniósł ewolucję ze swojego ciała i przestrzeni fizycznej na jego rozszerzenia, tzw. ekstensje. Zalicza do nich na przykład komputer i telefon. Zasady proksemiczne działają zarówno w przestrzeni fizycznej człowieka, jak i w różnych jego ekstensjach. A więc jako naruszenie naszej przestrzeni potraktowana zostanie nie tylko sytuacja, gdy w rozmowie ktoś bawi się naszym guzikiem, lecz i taka, w której ktoś przeczyta nasze maile.

Przestrzeń rozpatrywana jest w antropologii w dwóch podstawowych wymiarach: fizycznym i mentalnym. Przez przestrzeń fizyczną rozumiemy zarówno przestrzeń bezpośrednio odbieraną, jak i przestrzeń mentalną, pojmowaną jako realizowaną za pomocą różnych ekstensji: przestrzeń komputera osobistego, telefonu czy innych elementów rzeczywistości, uznawanych przez człowieka za osobiste. Równie istotna jest przestrzeń mentalna, a więc te obszary tematów, które są naturalnie wpisane do przestrzeni intymnej każdego z nas i wyłącznie za naszą zgodą mogą być upublicznione. Zaliczamy tu przede wszystkim naszą seksualność i fizjologię, ale też dla niektórych należą do nich poglądy polityczne i religijne. Elementy przestrzeni mentalnej są o wiele mniej oczywiste w opisie, gdyż determinowane indywidualnymi preferencjami każdego z nas. Są ludzie, dla których mówienie o doświadczeniach seksualnych czy poglądach politycznych nie budzi żadnego sprzeciwu i wypowiadają się na ten temat na forum publicznym czy medialnym. Są ludzie, dla których pytanie, na którą partię polityczną głosowali, traktowane jest jako nietakt i pogwałcenie ich prywatności.

Niemniej jednak w każdej rozmowie lekarza z pacjentem pojawia się ryzyko naruszenia prywatności: bądź tej fizycznej, np. w badaniu ginekologicznym, bądź mentalnej, gdy dermatolog-wenerolog musi zapytać pacjenta o liczbę partnerów seksualnych. Takie naruszenie wpisane jest w schemat rozmowy i pacjent może się na nie przygotować. Warto jednak pamiętać, że zmniejszenie dystansu pociąga za sobą zmianę strategii konwersacyjnych. Może skutkować tym, że to pacjent zacznie zadawać lekarzowi intymne pytania albo w inny sposób czuć się upoważnionym do zachowań zarezerwowanych dla sfery prywatnej, np. poprosić o prywatny numer telefonu. W takiej sytuacji niezwykle przydatna okazuje się znajomość technik asertywności, które pozwolą przywrócić lekarzowi pożądany dystans bez naruszania społecznego wizerunku pacjenta, czyli jego „twarzy społecznej”.

Po drugie, uruchamianie domeny prywatności może aktywizować strategie konwersacyjne, obowiązujące w sferze kontaktów prywatnych, co może uniemożliwić lekarzowi wykonywanie swojej pracy. Kiedy po postawieniu diagnozy lekarz ma za zadanie zalecić pacjentowi sposób leczenia, czasem niezwykle skomplikowany i warunkowany konsekwencją pacjenta, np. w antybiotykoterapii, niezwykle istotne jest zdyscyplinowanie chorego, aby zażywał leki w ściśle wyznaczonych porach. Tymczasem, jeśli relacja będzie zbyt zażyła, trudniej jest wyegzekwować pewne zachowania.

Po trzecie, współczesny pacjent, szczególnie jeśli korzysta z odpłatnych usług medycznych, często prezentuje raczej postawę klienta korzystającego z usług. Jego oczekiwania kreowane są przez środki masowego przekazu, a więc schematy prezentowane w serialach medycznych, typu „Na dobre i na złe” czy „Doktor House”. To czynniki, które mogą decydować o poziomie oczekiwań i wymagań stawianych wobec instytucji związanych ze służbą zdrowia.

Teoretycznie relację lekarz–pacjent charakteryzuje duży dystans społeczny, zatem powinny być w niej uruchamiane takie strategie zachowań, „które zmierzać będą do zapewnienia partnerowi dialogu komfortu psychicznego, związanego z jego potrzebą zachowania niezależności” (Antas 2009, s. 139). Pożądane są formy zachowań uznawane za bezpieczne i przewidywalne. Równocześnie jest to jednak relacja najbliższa z możliwych. Lekarz częstokroć narusza przestrzeń intymną pacjenta, nie tylko fizyczną, np. podczas badania, ale również psychiczną, gdy pacjent powierza mu swoje zdrowie, a nawet życie. Codziennością pacjenta staje się rzeczywistość szpitalna, a personel medyczny i inni pacjenci – tymczasową grupą środowiskową.

Wszystkie te elementy uruchamiają inne mechanizmy społeczne. Zdecydowanie skracają dystans społeczny, co wiąże się z oczekiwaniem innych strategii komunikacyjnych, zmierzających do zapewnienia partnerowi dialogu komfortu psychicznego, związanego z jego potrzebą integracji („włączenia w akcję”). Przy wejściu na płaszczyznę bliskości pacjenci oczekują od lekarzy przede wszystkim uwagi i autentyczności. Jednocześnie te właśnie oczekiwania najtrudniej spełnić lekarzom, gdyż wymaga to w pewnym stopniu psychicznego obnażenia się również z ich strony, co nie zawsze jest przez nich akceptowane.

Poza tym współczesny pacjent to często pacjent przygotowujący się do rozmowy. Ktoś, kto poświęcił swój czas i poszukał, przede wszystkim w sieci, informacji na temat swoich dolegliwości. W internecie nie brakuje treści dotyczących chorób, prewencji, zdrowia, leczenia i diagnozowania. Niestety często podane w tabloidowy sposób: uproszczenie, oparte na czarno-białym schemacie, obiecuje szybkie rozwiązanie. Wirtualny świat jest także przestrzenią opiniotwórczą, w której istnieją rozmaite fora dyskusyjne, portale zbierające opinie na temat lekarzy w danym mieście. Występuje dostępność różnorodnych form konsultacji dotyczących chociażby żywienia i zdrowego stylu życia, na które możemy natknąć się, wychodząc z zajęć fitness. Wskazane wyżej elementy zasadniczo wpływają na relację lekarza z pacjentem.

Taka paradoksalna sytuacja, gdy równocześnie obowiązują reguły zachowania dystansu i jego skracania, prowadzi do licznych nieporozumień komunikacyjnych. Do tych najczęściej wymienianych błędów w komunikacji zalicza się posługiwanie się przez lekarzy terminologią medyczną, umożliwiającą klarowny i obiektywny opis symptomów, które występują u chorego. W naszym przekonaniu posługiwanie się suchą terminologią, nazwami łacińskimi i obiektywizowanie stanu pacjenta ma na celu zachowanie większego dystansu. Lekarz – przy użyciu takich strategii językowych, które pozorują obiektywność sytuacji – próbuje zachować bezpieczny dystans. Pacjenci z kolei dzięki sytuacji, w której bariera ich przestrzeni fizycznej została naruszona, choćby poprzez dotyk w trakcie badania, uruchamiają strategie mające na celu ów dystans zminimalizować. W ten sposób radzą sobie z dysonansem poznawczym. To, co z jednej strony powinno być jak najbardziej obiektywne, poddające się regułom statystyki, z drugiej strony chce być wyrażeniem indywidualności.

Każdy pacjent chce być traktowany podmiotowo. Każdy lekarz chce postawić najbardziej trafną diagnozę. Co można zrobić, by spełnić oczekiwania obu stron? Aby odpowiedzieć na to pytanie, poniżej dokonano przeglądu wybranych teorii i badań związanych z tą tematyką.

Tło teoretyczne – perspektywa pacjenta

Model relacji lekarz–pacjent bardzo zmienił się w ciągu ostatnich lat. Kiedyś *stricte* paternalistyczny, dziś jest bardziej zbliżony do partnerskiego. U podłoża takich zmian leży z pewnością zwiększony dostęp do wiedzy związanej z medycyną, leczeniem oraz diagnozowaniem. Dzięki internetowi dokonano bardzo istotnej rewolucji. W zaciszu własnego domu, w bibliotece, w kawiarni, coraz częściej nawet w telefonie – dzięki sieciom internetowym – możemy sprawdzić, z jaką dolegliwością kojarzone są poszczególne symptomy, umówić się na wizytę z wybranym lekarzem, sprawdzając wcześniej jego pozycję w rankingu na jednym z portali internetowych.

Coś, co kiedyś wydawało się niewyobrażalne, dziś jest kroplą w morzu możliwości, jakie oferuje nam współczesna technologia. Pociąga to za sobą coraz większą wiedzę pacjentów, którzy równocześnie zmieniają swoje oczekiwania w stosunku do tego, jak będzie wyglądała ich rozmowa z lekarzem. Pewni posiadanych przez siebie informacji chcą być traktowani jako partnerzy, osoby mające wpływ na przebieg własnego leczenia i wybór jego rodzaju.

Każdy medal ma jednak dwie strony. Z jednej strony wydaje się, że zwiększona świadomość w sprawach zachowań prozdrowotnych, leczniczych oraz posiadanie informacji na temat tego, jakie mogą być możliwe diagnozy, sprawiają, iż pacjent jest w większym stopniu przygotowany na określony schemat konsultacji lekarskiej. Z drugiej strony należy pamiętać o tym, że ogólnie dostępna wiedza na temat leczenia nigdy nie zastąpi fachowej i specjalistycznej wiedzy lekarza.

Zestawiając wady i zalety takiej zmiany, wydaje się, że jest to jednak zjawisko bardziej pozytywne niż negatywne, na które powinno się zareagować dopracowaniem stylu komunikacji.

Pojawia się zatem pytanie o powód takiego rozdzwienku w stylach komunikowania lekarza i pacjenta. Skąd tak wiele nieporozumień komunikacyjnych mimo dobrych chęci z obu stron. Hipotetyczną odpowiedź proponuje językoznawstwo kognitywne, zakładając, że język odzwierciedla sposób postrzegania świata przez mówiącego. Zatem werbalizacja danego zdarzenia jest procesem przepuszczonym przez subiektywny filtr mówiącego: jego schematy myślowe, odzwierciedlające jego percepcję rzeczywistości.

Na owo psychologiczne uwarunkowanie mechanizmów językowych wskazuje m.in. Tabakowska, twierdząc, że „kluczem do zrozumienia natury ludzkiego języka jest zrozumienie procesów ludzkiego poznania” (Tabakowska 1995, s. 5). Zaś Krzeszowski dodaje, że „język stanowi integralną część systemu poznawczego człowieka i tak należy go traktować, niezależnie od tego, czy i co w tym systemie jest wrodzone” (za: Tabakowska 1995, s. 27).

Nasza percepcja funkcjonuje pragmatycznie. Wybiera to, co jest dla niej najbardziej przydatne. Język lekarza pokazuje perspektywę, w której ważne są kwestie merytoryczne: definiuje on pacjenta przez pryzmat dolegliwości, którą będzie leczył. Lekarz obiektywizuje każdy przypadek, gdyż w przeciwieństwie do serialowego doktora House’a musi sięgnąć po ustaloną procedurę. Poza tym jeśli lekarz ma wielu pacjentów, to jego percepcja zapamiętuje ich najprostszą ścieżką dostępu: poprzez schorzenie. Perspektywa pacjenta jest znacząco różna: mówiący sytuuje samego siebie w centrum uwagi i w pewnym sensie w ogóle go nie interesują inne przypadki, chyba że wiążą się w jakiś sposób z jego osobą.

Dużo się mówi o tym, jak definiować chorobę, jak budować bliskość z pacjentem (np. przez używanie liczby mnogiej w niektórych kontekstach, np. w metaforze wspólnej walki z chorobą, realizowanej dzięki frazeologizmom typu „zwalczyć raka”, czy konstrukcjom językowym, podkreślającym wspólne działanie typu: „poradzimy sobie”, „znajdziemy najlepszą terapię”), jak chronić podmiotowość pacjenta (np. przez bezpośrednie zwracanie się do niego), natomiast mało uwagi poświęca się funkcji samego języka: tego, po co mówimy. Postaram się przekonać czytelników do tego, że w mówieniu często wcale nie chodzi o informowanie, orzekanie o rzeczywistości.

Język to podstawowe narzędzie naszej komunikacji interpersonalnej, a więc obecne też w relacji lekarz–pacjent–rodzina pacjenta. To za pomocą słów zadajemy pytania: „Jak się czujesz?”, „Proszę powiedzieć, gdzie panią boli?”, „Kiedy ostatnio nastąpiło krwawienie?”. Słowa służą też do przekazywania informacji: „Z przykrością muszę pana poinformować, że badania potwierdziły moje podejrzenia”. Język ma za zadanie wyrazić rzeczywistość, zreferować jej stan. Przekonanie o tym, że słowa opisują rzeczywistość w racjonalny, logiczny sposób, towarzyszy człowiekowi od czasów Arystotelesa. Racjonalnie, pozornie obiektywnie, spójnie – tylko że o ile ten dyskurs w przypadku języka naukowego doskonale

się sprawdza, o tyle w przypadku spraw dotyczących człowieka i jego emocji – skutek jest odwrotny.

Tymczasem merytoryczność w diagnozie choroby ważna jest przede wszystkim dla lekarza i personelu medycznego. Lekarz, by podjąć decyzję dotyczącą terapii, musi uruchomić swoją merytoryczność i spojrzeć racjonalnie, w oderwaniu od swoich emocji. Weźmy schematyczny przykład: lekarz zdiagnozował nowotwór i w jego opinii rokowania są niepomysłne. Ma spotkać się z pacjentem i tę trudną wiadomość mu przekazać.

Pacjent to człowiek ze wszystkim tym, co tworzy jego tożsamość. Jeśli jakaś osoba postrzega przestrzeń jako element siebie i ma względem tej przestrzeni poczucie sprawczości i/lub odpowiedzialności, wówczas sytuację, w której jakaś inna osoba wejdzie do jej kuchni i pozostawi w niej bałagan, może odebrać jako zachowanie dotykające ją w jakiejś mierze osobiście. Bo poprzez wygląd tej kuchni dana osoba buduje siebie, swoją tożsamość: porządek w przestrzeni, za którą czuje się odpowiedzialna, to „ja”, to coś, co stanowi realizację jakiegoś elementu „mnie”. Ale przecież porządek w kuchni nie zastępuje konkretnej osoby, jedynie w jakiś sposób – w jej odczuciu – ją wyraża.

Psychologowie wyraźnie wskazują, że zdefiniowana tożsamość ma za zadanie zapewnić poczucie bezpieczeństwa człowiekowi poprzez jego zakotwiczenie w świecie społecznym. Tożsamość silnie wiąże się z pojęciem publicznego wizerunku siebie, tzw. twarzy społecznej. Twarz społeczna to te elementy naszej tożsamości, które chcemy zaakcentować w relacjach społecznych. Ktoś chce być postrzegany jako osoba pomocna, ktoś inny – definiuje siebie poprzez atrakcyjność fizyczną i te elementy uwypukla w przestrzeni publicznej. Zdarza się i tak, że osoba chce postrzegać siebie jako silną i twardą.

I ten konstrukt społeczny, czyli elementy naszego działania, z którymi się utożsamiamy, i te, które wypieramy, których się obawiamy, do tej pory był stabilny, bo w dużej mierze zdefiniowany i przewidywalny; ten konstrukt musi się utrzymać bądź zbudować na nowo, ale już informacją o tym, że jego podmiot jest chory na poważną chorobę, chorobę, która być może przyspieszy jego śmierć, narazi go na cierpienie, obnażenie.

Człowiek, by móc dobrze się czuć w przestrzeni społecznej, ma prawo do prywatności. Prywatność to ten obszar naszej tożsamości, który chcemy ukryć przed innymi, chcemy zachować dla siebie. Badania proksemiczne pokazują, że nie tylko człowiek, ale wszelkie zwierzęta, gdy naruszona zostanie ich przestrzeń intymna, tracą poczucie bezpieczeństwa; niektóre stają się bierne i apatyczne, inne – agresywne. Ale zawsze naruszenie intymności jest związane z jakąś reakcją. Mamy prawo do chronienia fizjologicznego aspektu nas samych, naszej seksualności; prawa do tajemnic, ale też niektórzy jako intymne, prywatne traktują swoje poglądy religijne czy polityczne. Tymczasem rozmowa lekarza z pacjentem podważa fundamenty tego, co przez lata gwarantowało nam stabilność. Świat był jakiś i my w tym świecie byliśmy jacyś. To naruszenie, a czasem zburzenie

tożsamości pacjenta musi znaleźć odzwierciedlenie w jego języku. I to nie tylko w słowach, ale i sposobie ich wypowiedzania.

Są pacjenci, którzy zaleją lekarza potokiem pytań. Mówią i mówią, i mówią. Gdy lekarz chce udzielić odpowiedzi, okazuje się, że pacjent wcale nie chce słuchać, tylko dalej mówi. Bo jego słowa często nie mają na celu uzyskania informacji. One w pewnym sensie w ogóle nie orzekają o rzeczywistości, one tę rzeczywistość zagadują. Samym aktem mówienia nie dopuszczają do pauzy, do momentu zwątpienia, zawieszenia, dopuszczenia do głosu lęku, pustki, przerażenia. Podobną funkcję może pełnić kompulsywne działanie: szukanie metod alternatywnych, wizyty u innych specjalistów.

Gadanie, by zagadać rzeczywistość. W takich sytuacjach często pomaga pytanie z zupełnie innej domeny. Pewna onkolog opowiadała mi, jak młoda pacjentka zalewała ją potokiem słów. W pewnym momencie zapytała: „Boi się Pani?”. Po raz pierwszy od dłuższej chwili pojawiła się pauza, po czym ciche: „Bardzo”. Co tu się stało na poziomie językowo-komunikacyjnym? Ta osoba orzekała o rzeczywistości. Opowiadała, zadawała pytanie, w ogóle nie czekając na odpowiedź. Umieściła siebie w domenę opisu rzeczywistości. Pytanie lekarki przeniosło ją w domenę emocji, od których uciekała.

Podobną funkcję pełni ironia. Ironia, śmiech, dowcipy o raku – mają podstawową funkcję: zbudowania dystansu. Jeśli ktoś potrafi się śmiać z własnej choroby, niepełnosprawności, ułomności – to prototypowo oznacza to dystans, a więc oswojenie. W tym miejscu pozwolę sobie na osobistą wycieczkę: mój przyjaciel cierpi na nieuleczalną w jego przypadku chorobę wątroby. Umawialiśmy się na kawę. Spytałam go, czy stan jego zdrowia pozwala na spotkanie w miejscu publicznym: „To, że umieram, nie znaczy że mamy nie wypić kawy” – odpowiedział, po czym opowiadał mi anegdoty, jakie to zabawne – w jego przekonaniu – zdarzenia mu się przytrafiły w związku z jego chorobą. Pomyślałam, że ma ją całkiem dobrze oswojoną. Ale ponieważ bardzo dobrze się znamy, a poza tym jestem fachowcem w dziedzinie psychologii, zapytałam go o to. O to, czy jego anegdoty pokazują, że nauczył się żyć z chorobą. Odpowiedział: „Dopóki się wyśmiewam z tego cholerstwa, łudzę się, że się go nie boję. Ale oboje wiemy, że ono może mnie zabić w każdej chwili”.

II

Ważną umiejętnością podczas komunikacji z pacjentem jest rozpoznawanie i zarządzanie emocjami, czyli inteligencja emocjonalna. Wysoki poziom inteligencji emocjonalnej pozwala przyjąć perspektywę drugiej osoby i lepiej zrozumieć jej punkt widzenia. Lekarz dalej może percypować pacjenta przez pryzmat jego schorzenia, jednak w akcie bezpośredniej komunikacji może uruchomić empatyczny punkt widzenia i dzięki temu tak dobrać środki językowe, by dać rozmówcy wsparcie i poczucie zrozumienia.

Jeśli pacjent się boi, argumentacja merytoryczna do niego nie trafi. Najpierw bowiem należy zająć się potrzebami emocjonalnymi i dopiero po ich usunięciu rozmówca jest otwarty na przekaz treściowy. Posiadanie tych umiejętności, a przede wszystkim świadome z nich korzystanie pozwala na adekwatne dostosowywanie się do warunków, w jakich jednostka może się znaleźć, np. konsultacji lekarskiej. Dzięki inteligencji emocjonalnej możemy odczytywać stany afektywne, własne i innych osób, w sposób trafny. To z kolei może przybliżyć nas do odnalezienia poprawnej strategii komunikacyjnej.

Podsumowanie

Dopiero w ostatnich latach zainteresowanie komunikacją lekarza z pacjentem weszło do dyskusji społecznej. O potrzebie zmiany zaczęli głośno mówić sami zainteresowani: personel medyczny oraz chorzy. Uczelnie medyczne powoli wprowadzają podstawy komunikacji interpersonalnej do programu działań, a Izba Lekarska organizuje dodatkowe szkolenia na ten temat. Powstają liczne publikacje naukowe i popularnonaukowe. Na rezultaty takich działań pozostanie zapewne poczekać jeszcze chwilę, ale już fakt, że komunikacyjny aspekt działań medycznych został podniesiony do rangi tematu dyskusji, jest ogromnym sukcesem.

Bibliografia

- Antas J. (2008). O kłamstwie i kłamaniu. Kraków: Universitas.
- Chodacka A., Wałach B., Zadroga A. (2008). Pacjent decyduje, ile chce wiedzieć, http://miasta.gazeta.pl/krakow/1,39245,5844279,Pacjent_decyduje_ile_chce_wiedziec.html (dostęp: 31.10.2008).
- Filarski T., Sroka T., Siechowicz M. (2013). Zrozumieć prawa pacjenta. Podstawowe wiadomości o organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia.
- Finkel M.A. (2008). I can tell you because you're a doctor. *Pediatrics*, nr 122, s. 442.
- Hall E.T. (2009). Ukryty wymiar, tłum. T. Hołówka. Warszawa: Muza.
- Hall E.T. (1984). Poza kulturą, tłum. E. Goździak. Warszawa: PWN.
- Jankowska A.K., Pałgan I., Dylewska K., Grzešk E., Wysocki M., Sadowska-Krawczenko I. (2011). Komunikacja lekarz–pacjent a jakość opieki medycznej. *Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, nr 54, s. 109–207.
- Knapp M., Hall J. (2000). Komunikacja niewerbalna w interakcjach międzyludzkich, tłum. A. Śliwa, L. Śliwa. Wrocław: Astrum.
- Majewska M. (2009). Język jako odzwierciedlenie sposobu osławiania choroby i cierpienia przez pacjenta i lekarza. *Medycyna po Dyplomie*, nr 3 (156), s. 126–131.
- Maciąg A. (2011). Kulturowe uwarunkowania komunikacji interpersonalnej w relacjach lekarz–pacjent. *Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, nr 53, s. 16–25.
- Majewska M. (2011). Każda tragedia jest największa na świecie. *Teofil. Pismo studentów Kolegium Filozoficzno-Teologicznego Dominikanów*, nr pt. „Wobec cierpienia”.

- Majewska M. (2011). „Lekarz jest od leczenia, nie od gadania”. Funkcja języka w relacji pacjent–lekarz. Materiały pokonferencyjne VIII Krakowskiej Konferencji zatytułowanej „R.A.K. – Ratuj, Akceptuj, Kieruj swoim życiem”, organizowanej przez Fundację Urszuli Smok „Podaruj życie” oraz Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Mayer J.D., Salovey P., Caruso D. (2004). Emotional intelligence: Theory, practice and implications. *Psychological Inquiry*, nr 15, s. 197–215.
- Tabakowska E. (1995). Gramatyka i obrazowanie. Wprowadzenie do językoznawstwa kognitywnego. Kraków: Polska Akademia Nauk.
- Tannen D. (2005). *Conversational Style: Analyzing Talk among Friends*. New York: Oxford University Press.

STRESZCZENIE

Komunikacja pomiędzy lekarzami a pacjentami odgrywa jedną z kluczowych ról w procesie leczenia. Obok specjalistycznej wiedzy oraz lat doświadczeń wpływa nie tylko na czas postawienia diagnozy i przebieg leczenia, lecz także na budowanie relacji między lekarzem i pacjentem, efektywne przekazywanie informacji, poprawne ich rozumienie oraz na wnioski wyciągane na ich podstawie. Wymaga to od lekarza wykształcenia wysokiej świadomości językowej i komunikacyjnej. Wszystkie te elementy są niezwykle ważne w rozumieniu dynamiki tej relacji, dynamiki bardzo złożonej, gdyż będącej rezultatem równoczesnego działania dwóch mechanizmów regulujących zachowania społeczne: potrzeby zachowania dystansu i skracania go.

Słowa kluczowe: komunikacja werbalna, lingwistyka kognitywna, proksemika, relacja lekarz–pacjent